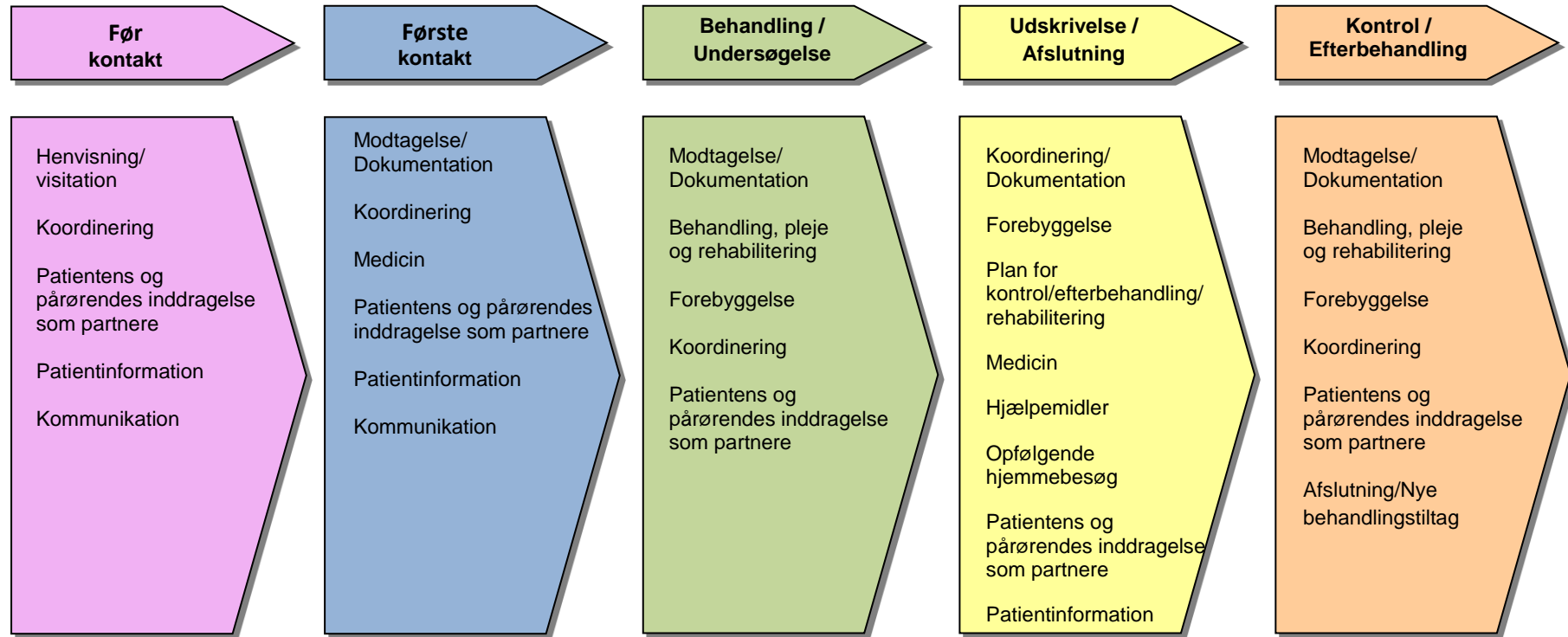


## Kommunikation i det gode tværsektorielle indlæggelses- og udskrivelsesforløb for somatiske patienter

- overdragelse af patienter mellem kommune og somatisk sygehus



### Opmærksomhedspunkter ved alle overflytninger / overgange

- *Hvordan sikres en hensigtsmæssig tilrettelæggelse og koordinering i forløbe med flere overgange?*
- *Hvordan sikres rettidig reaktion på prøvesvar, med særlig fokus ved overflytninger til andre specialer?*
- *Hvordan sikres comorbide patienter, og patienter med polyfarmaci i overgange?*
- *Gennemgang af medicinliste og videre plan med patient og evt. pårørende – herunder FMK*

## Indledning

Patientforløbsbeskrivelsen beskriver nødvendig kommunikation og planlægning af indlæggelses- og udskrivesforløb på tværs af primær og sekundær sektor, og har Sundhedsaftalen 2015-2018 som grundlag.

Patientforløbsbeskrivelsen tænkes anvendt som tjekliste eller opslagsværk i den kliniske hverdag, under hensynstagen til, at den skal ses i en større sammenhæng med Sundhedsaftalen.

Det overordnede formål er at opnå veltilrettelagte patientforløb med gode sundhedsmæssige resultater ved hjælp af forbedrede sundhedsfaglige ydelser, effektiv organisering og patientinddragelse.

Målet er at få skabt en generel beskrivelse af de aktiviteter, kontakter og hændelser som patienterne/borgerne oplever i relation til overdragelse mellem primær og sekundær sektor, i særdeleshed koordinering, ansvar og kommunikation omkring det aktuelle forløb.

Kommunikationen om det enkelte forløb kan foregå på flere måder. Den effektive kommunikationsform varierer alt efter hvilket forløb, der er tale om. Fx kan den telefoniske kommunikation være særlig hensigtsmæssig i forbindelse med udskrivelse af korttidsindlagte patienter/borgere. Omvendt kan den elektroniske kommunikation være særlig hensigtsmæssig i forbindelse med patienter/borgere, hvor der er større ændringer i behovet for den kommunale hjælp, evt. suppleret med telefonisk kontakt.

I patientforløbsbeskrivelsen er der særligt fokus på, hvordan den elektroniske og telefoniske kommunikation kan fungere i samspil og sikre effektiv kommunikation om indlæggelses- og udskrivningsforløb.

Før kontakt Primær Sektor		
Kerneydelse	Aktivitet	Ansvarlig
Henvisning/Visitation	Der foreligger opdateret funktionsvurdering via e-breve Der medsendes opdateret medicinliste	Visitator/hjemmespl.
Koordinering	Indlæggelsesadvis læses Indlæggelsesadvis skal indeholde oplysning om kendte infektioner fx MRSA, stafylokokker Information om evt. smitterisiko videregives til involverede parter fx FALCK, modtagende enhed Manuel opdateret funktionsvurdering udarbejdes, hvis nødvendigt, senest 1. døgn efter indlæggelse med relevante oplysninger fx funktionsniveau, ubeskrevne specielle behov, hjemmets indretning eller forfatning. Når plejeforløbsplanen kommer skal visitationen informeres, hvis der er beskrevet ting, der ikke stemmer med de reelle forhold.	Hjemmespl.
Patientens og pårørendes inddragelse som partnere	Oplysninger om borger og evt. pårørende kan hentes via e-breve (adresser, telefonnumre, relationer etc.) Der foretages forventningsafstemning (hvis muligt) med patient og evt. pårørende	Hjemmespl.
Patientinformation	Borger informeres om årsag til indlæggelsen Pårørende er informeret om indlæggelsen	Hjemmespl.
Kommunikation	Foregår elektronisk via e-breve Kun telefonisk i akutte tilfælde For borgere, der bor på privat plejehjem, bosted eller bolig i regi af specialsektoren, gælder, at der ikke kan kommunikeres via e-breve. I stedet anvendes papirnotater og/eller mundtlig overdragelse af information.	Hjemmespl.

Første kontakt Indlæggelse		
Kerneydelse	Aktivitet	Ansvarlig
Modtagelse/Dokumentation	Relevante oplysninger om patienten samt funktionsvurdering læses via e-breve	Modtagespl.
Koordinering	Plejeforløbsplan sendes med forventet udskrivelsestidspunkt For indlæggelsesforløb der forventes at vare under 24 timer, tages telefonisk kontakt til visitator i kommunen (gældende for patienter, der i forvejen er i kontakt med kommunen) <a href="#">Kontaktliste for kommunernes hjemmepleje</a>	Modtagespl.
Medicin	Ved indlæggelse af en patient, der tager dosisdispenseret medicin, tages umiddelbart stilling til, hvilket af følgende scenarier, der er relevant, og som derfor følges: 1. Der planlægges ikke ændringer af dosisdispenserede ordinationer (kan være relevant ved bl.a. diagnostiske indgreb, mindre kirurgiske indgreb mv.) Der anvendes den dosisdispenserede medicin under indlæggelsen og patienten bibeholder sin tilmelding til dosisdispensering. 2. Ændring af et / flere præparater i dosisdispenserede ordinationer (kan være relevant ved bl.a. akut indlagte medicinske patienter, større kirurgiske indgreb mv.) Dosisdispensering seponeres på sygehuset og de resterende dosispakninger kasseres, efter at der er indhentet samtykke hertil fra patienten. Afsnittet afmelder dosisdispenseringen hurtigst muligt til apoteket. Afmelding sker ved at en læge ansat på stamafdelingen retter henvendelse til apoteket og afmelder telefonisk eller via standard (fax) blanket. <a href="#">Medicinering - Håndtering af dosisdispenseret medicin i Region Nordjylland</a>	
Patientens og pårørendes inddragelse som partnere	Patienten giver samtykke til udveksling af oplysninger med primær sektor Der foretages forventningsafstemning (hvis muligt) med patient og evt. pårørende	Modtagespl.
Patientinformation	Patient og pårørende informeres om indlæggelsesforløb Relevant information - mundtligt og skriftligt - udleveres	Modtagespl.
Kommunikation	Der kan stilles uddybende spørgsmål via e-breve	Modtagespl.

Behandling/Undersøgelse Under indlæggelse		
Kerneydelse	Aktivitet	Ansvarlig
Modtagelse/dokumentation	Behandling og pleje dokumenteres løbende i elektronisk patientjournal Aftaler indgået med patient, evt. pårørende, eksterne samarbejdspartnere etc. dokumenteres ligeledes	Sygeplejerske/ plejepersonale
Behandling, pleje og rehabilitering	Funktionsniveau vurderes løbende og relevante tiltag iværksættes med henblik på veltilrettelagt udskrivelse	Sygeplejerske/ plejepersonale
Forebyggelse	Nødvendige forebyggelsestiltag vurderes og iværksættes. Dokumenteres i elektronisk patientjournal og e-breve med henblik på evt. kommunal opfølgning	Sygeplejerske/ plejepersonale
Koordinering	<u>Senest 48 timer efter indlæggelsen</u> udarbejdes/sendes plejeforløbsplan via e-breve i samarbejde med patienten og evt. de pårørende (patienter der i forvejen er i kontakt med kommunen eller forventes at komme det efter udskrivelsen)	Sygeplejerske/ plejepersonale
Patientens og pårørendes inddragelse som partnere	I samarbejde med patienten og evt. de pårørende vurderes det, om der er behov for en tværfaglig vurdering mellem sygehus og kommune i form af en udskrivelseskonference (el. familiesamtale), hvor der tages stilling til en fælles plan for det videre forløb efter patientens udskrivelse.  I udskrivessamtale deltager relevant personale fra primær og sekundær sektor, der, hvis muligt, har kendskab til patienten	Sygeplejerske/ plejepersonale

Udskrivelse/Afslutning		
Kerneydelse	Aktivitet	Ansvarlig
Koordinering/ Dokumentation	<p>Alle planer og aftaler dokumenteres i elektronisk patientjournal <a href="#">Udskrivelse – pleje – Clinical Suite anvendelsesdokument</a></p> <p>I forbindelse med planlagt udskrivelse sendes der udskrivesrapport, som er den samlede beskrivelse af indlæggelsesforløbet, og som danner grundlag for kommunens overtagelse af ansvaret for forløbet i samarbejde med patientens egen læge. Udskrivesrapporten indeholder bl.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Den aktuelle indlæggelse – herunder bl.a. tidspunkt for indlæggelse, færdigmelding og udskrivning samt årsag til indlæggelse, indlæggelsesforløbet, sygeplejehandlinger</li> <li>• Diagnoser</li> <li>• Funktionsevner ved indlæggelsen</li> <li>• Funktionsevner ved udskrivelse</li> <li>• Hjælpe midler</li> <li>• Aktuel medicin - samt oplysning om indgåede aftaler om afhentning eller udbringning af medicin</li> <li>• Aftaler omkring kost første døgn efter udskrivning</li> <li>• Fremtidige aftaler</li> <li>• Anbefaling om særlig opfølgning, eksempelvis opfølgende hjemmebesøg</li> <li>• Forefindes genoptræningsplan – (Ja/Nej)</li> <li>• Dato og underskriver fra hospitalet (Denne skal stemme overens med indholdet i plejeforløbsplanen)</li> </ul> <p><u>Senest kl. 14 dagen før patienten udskrives</u>, sendes den endelige/reviderede plejeforløbsplan. Dette er gældende for alle specialer på Aalborg Universitetshospital. Vær opmærksom på, at ingen borger udskrives, inden aftaler er på plads med kommunen, og svar på plejeforløbsplaner er læst.</p>	<p>Udskrivende læge og sygeplejerske</p> <p>Udskrivende sygeplejerske</p>

	<p>Fys og ergo er informeret om den forestående udskrivelse, og de sætter aftalerne i gang om hjælpemidler og genoptræningsplan (GOP). Hvis fys eller ergo ikke er involveret i forløbet skal plejepersonale tage stilling til relevante hjælpemidler, og give visitator besked herom (se afsnittet: "Hjælpemidler" herunder)</p> <p>I samarbejde med patienten og evt. de pårørende afklares om der er behov for fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulant kontrol – læge/ sygeplejerske, diætist, sundhedskordinator og fysioterapi</li> <li>• Palliativt Team – socialrådgiver, præst og fysioterapi</li> <li>• Åben indlæggelse</li> <li>• Andre sygehuse</li> <li>• Praktiserende læge</li> <li>• Kommunalt akutteam/ akutsygeplejersker</li> <li>• Sundhedscentre (KRAM)</li> </ul> <p>Hjemtransport arrangeres i samarbejde med patienten og evt. de pårørende.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hentes af pårørende</li> <li>• Bestilling af transport (type)</li> </ul> <p>Obs om pårørende/primær sektor skal orienteres, når patienten forlader afsnittet</p>	
Forebyggelse	Relevante forebyggelsesindsatser beskrives	Udskrivende læge og sygeplejerske
Plan for kontrol /efterbehandling /rehabilitering	<p>Plejeforløbsplan skrives med fyldestgørende resume af indlæggelsesforløb indeholdende pleje- og behandlingstiltag.</p> <p>Særlige forhold vedrørende infektioner og forholdsregler beskrives.</p> <p>Blebevilling, ernæringsrecept, terminaltilskud* og lægemiddeltilskud søges, hvis relevant. (* Patientforløbsbeskrivelse for udskrivelse af terminale patienter er under udarbejdelse)</p> <p>Ved udskrivelse af kritisk syge patienter kan telefonisk orientering af egen læge være hensigtsmæssig.</p>	Udskrivende læge og sygeplejerske

<p>Medicin</p>	<p>Når medicinen er ajourført til FMK printes medicinliste, der gennemgås med patienten og/eller pårørende ved læge/sygeplejerske.</p> <p>Den printede medicinliste udleveres til patienten.</p> <p>Det sikres, at patienten har alle præparater, og at der laves recepter på ny medicin. Såfremt patienten har medbragt medicin, informeres om, hvilke præparater, der skal kasseres, samt hvilke der fortsat er aktuelle.</p> <p>Det afklares med borger, hvorvidt ny medicin bliver leveret i hjemmet eller afhentet, og hvornår ny medicin kan være i hjemmet.</p> <p>Hvis patienten inden indlæggelsen får dosisdispenseret medicin, skal der ved udskrivelsen medgives patienten recept på samtlige ordinationer. Der medgives som vanligt medicin fra afsnittet til de første dage.</p> <p>Afsnittet vurderer ved udskrivelse, om der er behov for hjemmesygeplejerske til ophældning af medicin, indtil dosisdispensering eventuelt igen kan iværksættes. Et eventuelt behov herfor meldes til relevant instans i patientens bopælskommune. I så tilfælde er det vigtigt, at der er dosisæsker i hjemmet, og at medicinen er i patientens hjem, når hjemmesygeplejersken kommer til administration.</p> <p>Fornyelse af recept sker efter en - to uger hos egen læge, der vurderer eventuel tilmelding til dosisdispensering.</p> <p>Epikrise tilgår praktiserende læge senest tre dage efter udskrivelse med meddelelse om, at der skal ske vurdering af nuværende ordination.</p> <p><a href="#">Medicinering - Håndtering af dosisdispenseret medicin i Region Nordjylland</a></p> <p>Der doseres medicin op til 1 døgn efter udskrivelsen (max 3 døgn i forbindelse med weekend), mindst til ny medicin er/kan være i hjemmet, og udleveres til patienten sammen med evt. medbragt medicin.</p> <p>Medgives medicin ved udskrivelse, doseres den i æsker påført navn og CPR. I tilfælde af at der doseres substitutionspræparater, noteres dette på medicinlisten.</p>	<p>Udskrivende læge og sygeplejerske</p>
----------------	--	--



	Hjemmesygepleje informeres via plejeforløbsplan om medicinændringer.	
Hjælpemidler	<p>I tilfælde hvor det skønnes, at patientens behov for hjælpemidler er varigt, kontaktes patientens primærkommune med henblik på bevilling af hjælpemiddel.</p> <p>På <a href="#">Region Nordjyllands hjemmeside</a> findes en liste med kontaktoplysninger til alle 11 nordjyske kommuner.</p> <p><b>VIGTIGT:</b> Når patienten skal låne hjælpemidler hos kommunen, er det vigtigt at advisere primærkommunen i god tid – gerne inden endelig udskrivningsdato og evt. sted kendes. DEADLINE for bestilling af hjælpemidler ved kommunen er <b>SENEST kl. 12.00</b> dagen inden udskrivelse. <a href="#">Hjælpemiddelanmodning i plejeforløbsplaner</a></p> <p>Midlertidige hjælpemidler: Borgeren skal selv anskaffe eller leje midlertidige hjælpemidler, med mindre hjælpemidlerne er anført på genoptræningsplan, eller er nødvendige af hensyn til personalets APV</p>	
Opfølgende hjemmebesøg	<p>Hospitalet skal vurdere indlagte somatiske patienter for deres behov for en særlig opfølgning efter udskrivning og give en eventuel anbefaling videre til almen praksis og kommune.</p> <p>Udskrivende læge og sygeplejerske har ansvaret for at vurdere patienters behov for særlig opfølgning efter udskrivelse med udgangspunkt i fastsatte vejledende kriterier.</p> <p><a href="#">Anbefaling om særlig opfølgning efter udskrivelse</a></p> <p>Udskrivende læge og sygeplejerske kommunikerer en eventuel anbefaling videre til kommunen via plejeforløbsplanen (e-breve) og til den praktiserende læge via epikrisen.</p> <p>1. Plejeforløbsplanen: a. Anbefalingen skrives ind i Plejeforløbsplanen under feltet "Forebygge forværring..." b. Kryds af i feltet om "Behov for sygepleje" c. Der skrives "Anbefaling om særlig opfølgning" og tilføj et "pga. ..." (f.eks. stort funktionstab)</p> <p>2. Epikrisen:</p>	Udskrivende læge og sygeplejerske

	<p>a. Der anbefales særlig opfølgning pga.: _____</p> <p>Det er efterfølgende op til kommunen og almen praksis, at vurdere hvilken særlig opfølgning der vurderes hensigtsmæssig.</p>	
Patientens og pårørendes inddragelse som partnere	<p>Patient og evt. pårørende inddrages i planlægning af udskrivelse med henblik på at opnå en veltilrettelagt udskrivelse</p> <p>Besked til pårørende om udskrivningstidspunkt</p> <p>Hvis det vurderes, at patienten har behov for yderligere hjælp, men ikke ønsker at modtage denne, skal der i e-breve noteres: hvilken hjælp patienten er tilbudt, og at patienten har frabedt sig denne. Ligeledes noteres om pårørende er inddraget i fravalg.</p> <p>Evt. foreslås visitatormøde i hjemmet som opfølgning</p> <p><a href="#">Politik for inddragelse af patienter og pårørende i Region Nordjylland</a></p>	Udskrivende læge og sygeplejerske
Patientinformation	<p>Relevant informationsmateriale udleveres til patienten.</p> <p>Udskrivelsessamtale med patient og evt. pårørende.</p>	Udskrivende læge og sygeplejerske

<b>Kontrol/Efterbehandling/Rehabilitering Primær Sektor</b>		
<b>Kerneydelse</b>	<b>Aktivitet</b>	<b>Ansvarlig</b>
Modtagelse/Dokumentation	Gennemlæser udskrivesrapport i e-breve, og planlægger modtagelse af borger	Hjemmespl.
Behandling, pleje og rehabilitering	<p>Medicin: Hjemmesygeplejersken besøger den udskrevne borger dagen efter udskrivelse (2.-3. dag ved weekend). Her doseres medicin som ordineret af sygehuslæge.</p> <p>Opfølgende hjemmebesøg: Det er op til kommunen og almen praksis at vurdere hvilken særlig opfølgning, der vurderes hensigtsmæssig. Fokus skal rettes på, at der ved brug af opfølgende hjemmebesøg kan undgås genindlæggelser.</p>	Hjemmespl.  Visitator/hjemmespl./egen læge
Forebyggelse	Forebyggende indsatser iværksættes eller genoptages	Hjemmespl.
Koordinering	Evt. opfølgende spørgsmål rettes til udskrivende enhed	Hjemmespl.
Patientens og pårørendes inddragelse som partnere	Patient og pårørende informeres om og inddrages i genoptagne og evt. ny igangsatte indsatser	Hjemmespl.
Afslutning/Nye behandlingstiltag	Iværksættes i henhold til ordination eller anbefaling. Handling dokumenteres.	Hjemmespl.

## Referencer

[Den Tværsektorielle Grundaftale 2015-2018. Sundhedsaftale om indlæggelse og udskrivning.](#)

<http://www.rn.dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftalen-2015-2018>

## Bilag

1. Flow diagram for indlæggelse og udskrivelse. Fra: Sundhedsaftalerne 2015-1018. Den tværsektorielle Grundaftale 2015-2018. Sundhedsaftale om indlæggelse og udskrivning s. 32-39.